

Prävention für Schwule und andere MSM

Standards der Aidshilfe-Arbeit in Niedersachsen



3.1 – 1 Prävention für Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM)

Auszug aus „Standards der Aidshilfe-Arbeit in Niedersachsen“

**Simone Kamin
Andreas Paruszewski
Kai Zayko**

Impressum

Aidshilfe Niedersachsen Landesverband e.V. (Hrsg.)
Schuhstraße 4
30159 Hannover

Telefon 05 11 / 13 22 12 00

Telefax 05 11 / 13 22 12 10

Internet: www.niedersachsen.aidshilfe.de

E-Mail: info@niedersachsen.aidshilfe.de

Hannover, 03.10.2013

aktualisiert am 11.10.2015 in Hildesheim

Titelbild: www.iso-k.de

Inhaltsverzeichnis

Arbeitsbereiche von Aidshilfen: Prävention	3
3.1 -1.1 Ausgangslage und neue Herausforderungen	4
3.1 -1.2 Ziel, Auftrag und Strategien der Prävention	5
3.1 -1.3 Strukturelle Prävention	7
3.1 -1.4 Kommunikation und Methoden	8
3.1 – 1.4.1 Kommunikation	8
3.1 – 1.4.2 Methoden	9
3.1 -1.5 Risikomanagement	10
3.1 -1.6 Präventionsbotschaften	12
3.1 -1.7 Zielgruppen	14
3.1 -1.8 Orte der Prävention	15
3.1 – 1.8.1 Übersicht der Orte	15
3.1 – 1.8.2 Prävention an Orten der sexuellen Begegnung.....	16
3.1 – 1.8.3 Prävention im Internet	17
3.1 – 1.8.3.1 Zielgruppen.....	17
3.1 – 1.8.3.2 Präventionsbotschaften.....	17
3.1 – 1.8.3.3 Präventionsstandards.....	18
3.1 – 1.8.3.4 Externe Internetangebote.....	18
3.1 – 1.8.3.1 Qualitätssicherung.....	20
3.1 -1.9 Anforderungen an ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter_innen in der HIV-Prävention für Schwule und andere MSM	20
3.1 -1.10 Qualitätssicherung	22
3.1 – 1.10.1 Partizipative Qualitätssicherung bei Planung und Durchführung von Maßnahmen.....	22
3.1 – 1.10.2 Generelle Instrumente zur Qualitätssicherung	23
3.1 -1.11 Fachbereich MSM	24
Literatur	25

3 Arbeitsbereiche von Aidshilfen

3.1 Prävention

Menschenbild

Das Menschenbild der Aidshilfen ist humanistisch geprägt und den Menschenrechten verpflichtet.

Folgende Stichworte kennzeichnen dieses Verständnis:

- Alle Menschen sind gleichwertig und gleichberechtigt.
- Menschen können und sollen sich frei entscheiden, sich frei entwickeln und frei handeln.
- Menschen sind frei in ihrer Lebensgestaltung, Weltanschauung und Religion und leben dabei im Spannungsfeld von Autonomie und Abhängigkeit.
- Die Freiheit eines Menschen endet dort, wo er die Freiheit eines anderen einschränkt, die Schwäche eines anderen ausnutzt oder das Vertrauen eines anderen missbraucht.

Daraus ergeben sich Leitbilder für die Präventionsarbeit:

- Glaubwürdige Prävention ist aufrichtig, authentisch sowie wissenschaftlich und fachlich abgesichert.
- Die Nutzung von Präventionsangeboten ist freiwillig und wird von Präventionist_innen nicht erzwungen.
- Verhaltens- und Verhältnisprävention bilden eine Einheit.
- Prävention fördert den informierten, lustvollen und selbstbestimmten Umgang mit Sexualität und Infektionsrisiken. Präventionist_innen bestärken die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sowie das Verantwortungsbewusstsein anderen gegenüber. Sie beziehen das Konzept von Risikomanagement in ihre Arbeit ein.
- Prävention erzeugt keinen Handlungs- oder Rechtfertigungsdruck, sie arbeitet ohne moralische oder „Muss“-Botschaften und verzichtet bewusst auf manipulative oder Angst auslösende Strategien.
- Prävention orientiert sich an den Lebenswelten und Lebensweisen der Menschen und baut möglichst auf ihrem Erfahrungshintergrund auf. Präventionist_innen respektieren die individuelle sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität eines Menschen. Sie berücksichtigen die erkennbaren Bedürfnisse und Grenzen von Menschen aufgrund sozialer, ethnischer, religiöser oder sprachlicher Hintergründe.
- Lebensweisenakzeptanz, Antidiskriminierung und Solidarität kennzeichnen alle Ebenen von Prävention. Präventionsarbeit setzt sich ein für die Sichtbarkeit und Gleichberechtigung vielfältiger Beziehungsmodelle, sexueller Orientierungen und geschlechtlicher Identitäten. Prävention fördert eine Kultur der Vielfalt, einen selbstverständlichen Umgang mit HIV-Positiven und ein selbstbewusstes Leben mit der Infektion. Sie will Menschen darin unterstützen, sich gegen Benachteiligung, Stigmatisierung oder Missbrauch zu schützen bzw. zu wehren.

3.1 – 1 Prävention für Schwule und andere MSM

3.1 – 1.1 Ausgangslage und neue Herausforderungen

Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), stellen weiterhin die Hauptbetroffenengruppe von Menschen mit HIV und Aids dar: Von den ca. 3.400 geschätzten HIV-Neuinfektionen im Jahr 2012 sind mindestens 73% (ca. 2.500) auf sexuelle Kontakte unter Männern zurückzuführen¹. Deshalb ist die Primärprävention bei Schwulen und anderen MSM ein Hauptanliegen der niedersächsischen Aidshilfen.

Von Beginn an versuchen Aidshilfen, HIV-Infektionen bei Schwulen und anderen MSM entgegenzuwirken. Verschiedene gesellschaftliche Veränderungsprozesse beeinflussen seitdem diese Arbeit. Gleichzeitig versuchen Aidshilfen, auf diese Entwicklungen Einfluss zu nehmen. Mittlerweile erfährt Homosexualität eine höhere Akzeptanz in der Gesellschaft und Öffentlichkeit. Die rechtliche Situation von Schwulen hat sich durch die Abschaffung des § 175 und die Einrichtung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft deutlich verbessert. Aidshilfen unterstützen durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Interessenvertretung diese emanzipatorischen Entwicklungen.

Studien zeigen (u.a. EMIS 2011)², dass das Safer-Sex-Verhalten der schwulen und bisexuellen Männer in Deutschland auf einem stabilen und hohen Niveau liegt. Aidshilfen bieten verstärkt Test- und Beratungsangebote an. Infolge der gestiegenen Testbereitschaft erfahren Menschen eher von ihrer Infektion und werden früher behandelt als vor einigen Jahren. Da durch die wirksame ART die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung von HIV erheblich sinkt, hat das positive Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen. Auf der anderen Seite ist es für die HIV-Prävention eine Herausforderung, dass weiterhin ein beträchtlicher Anteil HIV-Positiver erst im Aids-Stadium von ihrer Infektion erfährt. Der späte Behandlungsbeginn kann die Therapiemöglichkeiten erschweren.

In den schwulen Szenen hat sich ein zum Teil drastischer Wandel vollzogen, vor allem durch die Kommerzialisierung, den Trend zu Großveranstaltungen wie CSDs oder Partys und die Verlagerung vieler Aktivitäten wie Kontakthanbahnung ins Internet.

Das Internet ist aus dem Lebensalltag der meisten Schwulen und anderen MSM nicht mehr wegzudenken und hat einen großen Einfluss darauf, wie sie ihr schwules bzw. MSM-Umfeld organisieren. Sowohl bei der Informationsbeschaffung als auch bei der (Sex-) Partnersuche bzw. Kontaktpflege spielt das Internet mittlerweile die überragende Rolle.

Davon unmittelbar betroffen ist in erster Linie die klassische schwule Szene (Bars, Kneipen, Clubs etc.), die in den meisten Städten kleiner wird. Prognosen gehen davon aus, dass vor allem die Lokalitäten überleben werden, die einen Raum für sexuelle Handlungen bieten (z.B. Sex-Kinos, Saunen, Lokale mit Darkrooms).

Veränderungen gibt es auch in der schwulen Medienlandschaft: Das Medium Internet gewinnt auf Kosten des Mediums „Schwule Presse“ an Bedeutung. Trotzdem behalten die Printmedien einen hohen Stellenwert (vgl. SMA-2011)³.

¹ vgl. **Robert-Koch-Institut:** Epidemiologisches Bulletin Nr. 47, Köln 2012.

² **EMIS:** Europäische Internet-Befragung schwuler und bisexueller Männer, Community Report 2, www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/emiscommunity2_german.pdf, 2011.

³ **Michael Bochow et al.:** Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten 2010. In: AIDS-Forum DAH, Bd. 60, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2011.

Ändern sich die Orte (auch im virtuellen Sinn), die von Schwulen und anderen MSM besucht werden, oder wechseln die Medien, mit denen sich die Zielgruppen informieren, folgt daraus, dass die Prävention mit ihren Angeboten und ihren Qualitätsstandards den Zielgruppen folgen muss - unter anderem ins Internet.

Die langjährigen Bemühungen in der Präventionsarbeit in den schwulen Szenen lassen sich in einem kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess aufzeigen. Wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung der Arbeit war bis 2012 der Facharbeitskreis „Prävention im Schwulenbereich“ der Niedersächsischen AIDS-Hilfe, der 1989 gegründet wurde. Diese Aufgabe übernahm mit der Gründung des neuen Fachbereichs MSM der „Präventionsrat“. Mit der Installation der Präventionskampagne „hin und wech – Schwule lieben in Niedersachsen“ wurde im Jahre 2000 die zielgruppenspezifische Primärprävention erstmals flächendeckend und dezentral verstärkt. Der Fachbereich MSM führt diesen Ansatz fort und bindet erstmals andere Akteure (u.a. aus der schwulen Selbsthilfe, Gesundheitsämter) in die Arbeit unter dem gemeinsamen Label „SvEN – Schwule Vielfalt erregt Niedersachsen“ ein.

3.1 – 1.2 Ziel, Auftrag und Strategien der Prävention

Ziel

Unser Ziel ist, dass Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), informiert, lustvoll und selbstbestimmt mit Körper, Sexualität und Infektionsrisiken umgehen und dass sie ihre individuelle Lebensweise selbstbewusst und verantwortungsbewusst gestalten. Unsere Präventionsarbeit stärkt deshalb das Gesundheitsbewusstsein und Risikomanagement sowie die Partizipation und Emanzipation unserer Zielgruppen und fördert deren Schutz und Gleichberechtigung in unserer heteronormativ geprägten Gesellschaft

Auftrag

Mit diesem Ziel verbinden wir den Auftrag,

- die HIV-Neuinfektionsrate bei Schwulen und anderen MSM in Niedersachsen niedrig zu halten bzw. weiter einzudämmen
- die Verbreitung anderer sexuell übertragbarer Infektionen (STI⁴) einzudämmen
- die Infrastrukturen, Vernetzung und Solidarität in der schwulen und LGBT*QI⁵-Community zu fördern
- das Leben mit HIV sowie HIV-positive Sexualität zu entstigmatisieren
- HIV-Positive aktiv in die Prävention einzubeziehen
- die Akzeptanz in der Gesellschaft gegenüber der Vielfalt von Lebensweisen, sexuellen Orientierungen und Identitäten zu stärken

Strategien

Um Ziel und Auftrag bestmöglich zu erfüllen, nutzen wir vielfältige Strategien, die sich großteils am Konzept der Strukturellen Prävention⁶ der Deutschen AIDS-Hilfe ausrichten. Im Sinne einer Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention stärken wir die Ressourcen und Gestaltungskräfte von

⁴ engl. Abkürzung für sexually transmitted infections

⁵ engl. für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, queere und intersexuelle Personen

⁶ **Jochen Drewes et al.:** Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010, 15-24

einzelnen und Gruppen und fördern die Lebensbedingungen in sozialräumlichen und Szenestrukturen sowie auf der gesellschaftlichen Ebene.

Unsere zentralen Strategien:

- Durch multimediale und flächendeckende Verbreitung der Präventionsinhalte, u.a. über ein eigenes Internetportal, gewährleisten wir, dass jeder Schwule oder andere MSM in Niedersachsen Zugang zu den aktuellsten Präventionsbotschaften erhält.
- Durch eine zeitgemäße und lebensweisenorientierte Prävention, die neben Präventionsbotschaften u.a. auch Gesundheitsangebote und die Stärkung der LGBT*QI-Community beinhaltet, stärken wir die Lebensqualität und insbesondere das Selbstbewusstsein, Gesundheitsbewusstsein und individuelle Risikomanagement von Schwulen und anderen MSM. Hierbei berücksichtigen wir die Lebensweisen und Bedürfnisse HIV-negativer, HIV-positiver und ungetesteter Männer.
- Durch die Förderung von Vernetzung und Empowerment in der schwulen und LGBT*QI-Community mit besonderer Berücksichtigung von Vielfalt und Unterschiedlichkeit wird eine Kultur von Akzeptanz, Wertschätzung und Respekt sich selbst und anderen gegenüber befördert.⁷
- Durch größtmögliche Partizipation unserer Zielgruppen in Form von Mitwirkung an Planung, Durchführung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen und anderen Angeboten sorgen wir für zielgruppengerechte Botschaften und Methoden. Hierbei würdigen wir die Expertise unserer Zielgruppen, die sich mit den Verhältnissen und Bedürfnissen in ihrer jeweiligen Subkultur bestens auskennen⁸, und wir legen Wert auf die Mitwirkung HIV-Positiver. Durch Partizipationsangebote stärken wir die Möglichkeiten von Emanzipation und gleichzeitig die Akzeptanz unserer Präventionsarbeit sowie das positive Image der Aidshilfen und der Partnerorganisationen im Fachbereich MSM.
- Durch die Einbindung anderer im Bereich unserer Zielgruppen tätiger Partnerorganisationen in den Fachbereich MSM verbessern wir die Reichweite und Vielfalt der Prävention, vergrößern wir zielgruppenspezifische Infrastrukturen und schaffen Synergien bei der Interessenvertretung für Schwule und andere MSM.
- Durch gezielte Interessenvertretung in Form von Netzwerk-, Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit stärken wir die Sichtbarkeit, Anerkennung und Antidiskriminierung schwuler und bisexueller Männer und treten ein für die Gleichberechtigung und Gleichstellung von LGBT*QI-Lebensweisen gegenüber heteronormativen Lebensweisen.

⁷ **Rolf Rosenbrock:** Kreativität und Durchhaltevermögen. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010, 351.

⁸ **ebd.**, 356

3.1 – 1.3 Strukturelle Prävention

Ziel, Auftrag und Strategien der Prävention wurden im vorangehenden Kapitel erläutert. Das dabei zugrunde liegende Konzept der Strukturellen Prävention soll hier kurz skizziert werden.

Zur Einheit von Verhaltensprävention, Verhältnisprävention und struktureller Prävention

Prävention zielt nicht allein auf die Sensibilisierung für bzw. Veränderung von gesundheitsbezogenem Verhalten (Verhaltensprävention), sondern auch auf die Veränderung und Gestaltung von Lebensbedingungen, welche die Gesundheit und das Verhalten der Menschen beeinflussen (Verhältnisprävention)⁹ Deshalb fördern Aidshilfen seit jeher schwule Strukturen sowie einen auf Anerkennung und Gleichberechtigung zielenden gesellschaftlichen Diskurs. Noch weiter wird das Konzept der Strukturellen Prävention gefasst: „Es ist (...) als Konzept der verhältnisgestützten Verhaltensmodifikation mit emanzipatorischem und partizipativem Leitmotiv zu bezeichnen (...).“¹⁰ Prävention soll einen Anteil leisten zu Emanzipation und Empowerment, also zur Befreiung aus Abhängigkeiten und Benachteiligungen und zur Steigerung von Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Selbstorganisation im Sinne besserer Lebensverhältnisse.^{11 12}

Gesellschaftliche Hintergründe für die Notwendigkeit struktureller Prävention

- Individuelle Lebensverhältnisse, sozialräumliche Strukturen und gesellschaftliche Bedingungen sind mitentscheidend dafür, welche Kommunikationsfähigkeiten, Handlungsfreiheiten und Einflussmöglichkeiten Schwule und andere MSM gelernt haben bzw. entwickeln, also in welchem Maße sie selbstbewusst, gleichberechtigt und selbstbestimmt leben (können) – dies wiederum sind Stellschrauben für Gesundheitsbewusstsein und den Umgang mit sexuellen Infektionsrisiken.
- Wissenschaftlich belegt ist eine sozial und ökonomisch bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen, die sich auch bei HIV zeigt: HIV-Infektionen kommen häufiger vor in Bevölkerungsgruppen mit sozialen und ökonomischen Benachteiligungen als in privilegierten gesellschaftlichen Gruppen. Schwule und andere MSM erleben soziale Benachteiligung beispielsweise in Form von Stigmatisierung, Ausgrenzung, Gewalt und rechtlicher Ungleichbehandlung, was sich auch auf deren seelische Gesundheit auswirken kann.^{13 14}

⁹ **Jochen Drewes et al.:** Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010, 16

¹⁰ **ebd.**, S. 24

¹¹ **ebd.**, S. 21 f.

¹² **Christoph Kraschl et al.:** Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010, 151-168

¹³ **Dirk Sander:** „Vulnerabilitätsfaktoren“ im Kontext von HIV. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010, 106f.

¹⁴ **Martin Kruspe:** Wie geht's Euch? – Studie zur seelischen Gesundheit von schwulen und bisexuellen Männern in Deutschland, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2013 (in Bearbeitung)

- Zahlreichen Studien zufolge begünstigen folgende Ressourcen eine niedrige Infektionswahrscheinlichkeit: ausreichende materielle Versorgung, Selbst-verständlichkeit der eigenen Sexualität, Emanzipation.¹⁵

Zentrale Qualitätskriterien struktureller Prävention

- Stärkung des Selbstbewusstseins schwuler Männer und ihrer Zugehörigkeit zur schwulen bzw. LGBT*QI-Community (Identifikation, Partizipation und Empowerment)
- Stärkung der schwulen bzw. LGBT*QI-Community (Vielfalt, Sichtbarkeit und Vernetzung der Angebotsstruktur; Interessenvertretung und Einflussnahme im öffentlichen, medialen und politischen Raum zum Abbau von Benachteiligungen)
- Gute Erreichbarkeit und Vernetzung von Präventions- und Beratungsangeboten sowie Test- und Behandlungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit HIV und anderen STIs.

3.1 – 1.4 Kommunikation und Methoden

Die zentralen Strategien der Präventionsarbeit sind im Kapitel „3.1 – 1.2 Ziel, Auftrag und Strategien der Prävention“ näher beschrieben:

- multimediale und flächendeckende Verbreitung der Präventionsinhalte
- zeitgemäße und lebensweisenorientierte Prävention
- Förderung von Vernetzung und Empowerment in der schwulen und LGBT*QI-Community
- größtmögliche Partizipation unserer Zielgruppen
- Einbindung anderer im Bereich unserer Zielgruppen tätiger Partnerorganisationen in den Fachbereich MSM
- Interessenvertretung in Form von Netzwerk-, Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit

Die Umsetzung dieser Strategien erfolgt durch Kommunikation und durch den Einsatz verschiedener Methoden.

3.1 – 1.4.1 Kommunikation

Bei der gesamten Präventionsarbeit greifen zwei verschiedene Kommunikationswege ineinander: die mediale und die persönliche Kommunikation. Die Wirksamkeit von Prävention steigt umso mehr, desto stärker sich medialer Informationsfluss und persönliche Kommunikation gegenseitig ergänzen.

Mediale Kommunikation

Mediale Kommunikation ermöglicht die Verbreitung von Informationen bzw. Botschaften, ohne dass die Nutzer der Medien und die Präventionist_innen zur gleichen Zeit am gleichen Ort sein müssen. Über Medien ist es möglich, kontinuierlichen Kontakt zu unseren Zielgruppen zu halten. All diese Medien ermöglichen eine „erinnernde“ Prävention, sie können Orientierung bieten sowie einfache und differenzierte Botschaften vermitteln:

- Printprodukte: Flyer, Broschüren, Postkarten, Plakate, Aufkleber etc.
- Anzeigen, Veranstaltungsankündigungen und Berichterstattungen in (schwulen) Printmedien
- Digitale Medien: Internetbanner, eigene Webseiten, Postings in Social Media, Filmspots etc.
- Sonstige Give-Aways

¹⁵ **Jochen Drewes/Holger Sweers:** Einführung. In: Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010, 4

Persönliche Kommunikation

Die persönliche Kommunikation ermöglicht unmittelbare individuelle oder gruppenbezogene Interaktion, die ein Spektrum vom einfachen Blickkontakt bis zum intensiven Beratungsgespräch umfassen kann. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen einem Informations- oder Präventionsgespräch auf der einen Seite und einer Beratung auf der anderen Seite:

In einem Informations- oder Präventionsgespräch werden Informationen und Präventionsbotschaften weitergegeben, wobei auch die persönliche (Lebens-) Situation eines Menschen einbezogen werden kann. Beratung beginnt, sobald sich ein Gesprächspartner als Ratsuchender zeigt, indem er z.B. zu seiner konkreten Situationen vertiefende Fragen stellt, Ängste verbalisiert oder in anderer Weise um Unterstützung bittet. Beratung erfordert deshalb einen geschützten Rahmen und Präventionist_innen, die entsprechend aus- bzw. weitergebildet sind. In situativ entstehenden Beratungssituationen kann es deshalb u.U. notwendig werden, den unmittelbaren Ort zu wechseln oder das Gespräch an eine_n erfahrenen Präventionist_in zu delegieren. Möglicherweise ist es auch sinnvoll, ein ganz anderes Setting für ein ausführlicheres Gespräch zu verabreden, z.B. in der Beratungsstelle.

3.1 – 1.4.2 Methoden

Das Methodenspektrum umfasst unterschiedliche Handlungsebenen der Verhaltens- und Verhältnisprävention bzw. der Strukturellen Prävention.

Die Methoden können in vier Kategorien unterteilt werden:

Vor-Ort-Arbeit

Die Vor-Ort-Arbeit kann in der Szene, auf Veranstaltungen, bei Gruppen-besuchen oder als aufsuchende Arbeit (z.B. an sexuellen Orten) stattfinden. Sie soll insbesondere persönliche Kommunikation ermöglichen, unterstützen und verbessern – sowohl zwischen Präventionist_innen und der jeweiligen Zielgruppe, als auch innerhalb der Zielgruppe. Qualitätsfaktoren der Vor-Ort-Arbeit sind Sichtbarkeit, Kontinuität und eine zum jeweiligen Setting passende Interaktion. Auch eine gute Zusammenarbeit mit möglichen Kooperationspartner_innen vor Ort kann entscheidend sein, z.B. mit dem Betreiber einer Location.

Veranstaltungen

Die Durchführung eigener Veranstaltungen ermöglicht

- Informationsweitergabe und Gesundheitsförderung (Beispiel: Test- und Beratungsangebote zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen in Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern und/oder Arztpraxen)
- Wissensvermittlung und Austausch zu lebensweisenspezifischen Themen (z.B. Film- und Diskussionsabende)
- Vernetzung, Partizipation und Empowerment, vor allem bei ehrenamtlich (mit)organisierten Veranstaltungen (Beispiele: Party, Outdoorveranstaltung, CSD, Sportevent)
- die Außendarstellung der eigenen Organisation oder Gruppe als kompetente Ansprechpartnerin für Prävention und Interessenvertretung
- die Schaffung eines Raums für Prävention in strukturschwachen Regionen

Infrastruktur- und Vernetzungsarbeit

Die Stärkung der schwulen Infrastruktur und der LGBT*QI-Community durch Vernetzungsarbeit und eigene Angebote ist ein wichtiges Standbein der strukturellen Prävention. Die Möglichkeiten sind vielfältig – einige Beispiele:

- Initiierung neuer und Förderung bestehender Treffpunkte, Stammtische, Veranstaltungsreihen etc.
- Förderung der Zusammenarbeit von Locations, Gruppen und Organisation im Bereich der schwulen und LGBT*QI-Community
- Publikation eines Szeneguides (lokale/regionale Sammlung von schwulen oder LGBT*QI-Angeboten)

(Gesellschaftspolitische) Lobbyarbeit

Die Lobbyarbeit dient ebenfalls der Verbesserung der gesellschaftlichen und sozialräumlichen Rahmenbedingungen, in denen Schwule und andere MSM leben und in denen Präventionsarbeit stattfindet. Sie ist nach außen gerichtet und wendet sich z.B. an kommunale Entscheidungsträger oder an die Allgemeinbevölkerung. Sie besteht vor allem aus

- Medien- und Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Kooperation mit Presse, Rundfunk, Fernsehen, Onlinemedien; eigene Publikationen; Infostände)
- Kontaktpflege und Kooperation im Bereich Lokalpolitik/Kommunalverwaltung

Für eine gelingende Prävention im Sinne unseres Ziels und Auftrags (siehe 3.1 – 1.2) ist ein ausgewogener Methoden-Mix notwendig. Bei allen Methoden ist es sinnvoll – teilweise auch Voraussetzung – Kooperationspartner_innen zu finden oder Netzwerke zu bilden. Geeignete Kooperationspartner_innen können auch ins Präventionsnetzwerk SVeN aufgenommen werden, um dauerhaft in der gemeinsamen Präventionsarbeit und Interessenvertretung mitzuwirken.

3.1 – 1.5 Risikomanagement

Mit unserer Präventionsarbeit stärken wir das individuelle Risikomanagement von Schwulen und anderen MSM im Umgang mit sexuellen Infektionsrisiken.

Wir verstehen Risikomanagement als grundsätzlichen Bestandteil der individuellen sexuellen Lebensweise. Risikomanagement umfasst verschiedene Strategien, um die Risiken einer HIV- oder/und STI-Infektion vor, während oder nach einer Risikosituation zu senken.

Ein (selbst)bewusstes Risikomanagement bedeutet, mit Körper, Sexualität und Infektionsrisiken informiert, lustvoll und selbstbestimmt umzugehen. Dabei geht es darum, den Wunsch nach Intimität und lustvollem (ggf. ungeschützten) Sex mit dem Wunsch, sich vor bestimmten Infektionsrisiken zu schützen, in einen Ausgleich zu bringen. Die Basis dafür bildet eine realistische Risikoeinschätzung in der jeweiligen sexuellen Interaktion.

Risikomanagement beinhaltet und erfordert verschiedene Kompetenzen sowie Fragen, mit denen sich jeder Einzelne auseinandersetzt:

- **Wissen:** Welche Infektionsrisiken, Schutzstrategien und Testmöglichkeiten sind für meine sexuellen Praktiken und Lebensweisen relevant?
- **Wollen:** Wie will ich meine Bedürfnisse lustvoller Sexualität mit meinem Bedürfnis nach Schutz in Einklang bringen?
- **Entscheiden:** Welche Risiken möchte ich auf welche Weise senken oder ausschließen? Welche Risiken bin ich unter welchen Umständen bereit einzugehen?
- **Hinsehen:** Zeigt mein Körper Symptome einer STI? Sehe ich Auffälligkeiten am Körper meines/meiner Partner(s)?

- **Wahrnehmen:** Nehme ich meine Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse und Grenzen wahr? Wie nehme ich meine(n) Partner wahr?
- **Kommunizieren:** Wie kommuniziere ich über meine Bedürfnisse, Grenzen und Entscheidungen und wie über die meines/meiner Partner(s)?
- **Aushandeln:** Wie gehen wir mit konträren Vorstellungen und Wünschen um?
- **Handeln:** Wie gut kann ich meine ausgewählten Schutzstrategien umsetzen oder was brauche ich dafür, um es besser zu können? Halte ich Vereinbarungen ein?

Wir unterstützen Schwule und andere MSM bei ihren Bemühungen um Risikosenkung, indem wir sie für ihr persönliches Risikomanagement sensibilisieren. Wir bieten ihnen Raum, ihre individuellen Strategien zu reflektieren und unterstützen sie darin, zwischen kurzfristigem Wohlbefinden und dauerhaftem Wohlergehen abzuwägen und Kompromisse zu finden.¹⁶

Im Einzelnen ermöglicht Prävention Schwulen und anderen MSM Lernprozesse zur Stärkung ihrer Wahrnehmungs-, Entscheidungs-, Kommunikations- und Handlungsfähigkeit im Umgang mit Intimität und Sexualität, und sie bietet ihnen einen Raum, um ihre Wünsche gegenüber Sex- und Beziehungspartner_innen zu reflektieren. Damit unterstützen wir Schwule und andere MSM darin, ihr Maß an Achtsamkeit und Authentizität, Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung zu erhöhen – was ein (selbst)bewusstes Risikomanagement befördert.

Unser Menschenbild in der Prävention und unser Konzept von Risikomanagement setzen voraus, dass beim einvernehmlichen Sex grundsätzlich jeder Mensch für sich selbst verantwortlich ist.¹⁷ Auch die „Entscheidung über das individuelle Risikomanagement (und damit über die Nutzung der angebotenen Informationen bzw. die Umsetzung von Empfehlungen) liegt beim Individuum.“¹⁸ Eigenverantwortung und Selbstbestimmung gehen Hand in Hand. Darüber hinaus beinhaltet Risikomanagement auch Verantwortungsbereitschaft für gemeinsames Handeln und Achtsamkeit für andere. Dies gilt für HIV-Positive, HIV-Negative und Ungetestete in gleichem Maße.

Die Möglichkeiten und Grenzen für gesundheitsbewusstes und selbstbewusstes Risikomanagement sind jedoch immer auch durch individuelle Lebensverhältnisse und gesellschaftliche Strukturen mitbedingt, wie wir im Kapitel „**3.1 – 1.3 Strukturelle Prävention**“ erläutert haben.

¹⁶ **Stefan Etgeton:** Gesundheit für Alle? Prävention und ihre Grenzen. In: Stefan Alkier/Kristina Dronsch (Hg.): HIV/Aids – Ethische Perspektiven, 2009, 209-220

¹⁷ **Deutsche AIDS-Hilfe e.V.:** HIV und Strafrecht. Auf dem Weg zu einem Positionspapier der Deutschen AIDS-Hilfe. Berlin 2012.

¹⁸ **Deutsche AIDS-Hilfe e.V.:** HIV-Therapie und Prävention. Positionspapier. Berlin 2009.

3.1 – 1.6 Präventionsbotschaften

Unsere Präventionsbotschaften orientieren sich am aktuellen Stand der Wissenschaft und sind daher Veränderungen unterworfen. Als aktuelle Beispiele seien das „EKAF“-Statement aus 2008¹⁹ sowie die HPTN052-Studie aus 2011²⁰ genannt, aus denen die Botschaft „Schutz durch Therapie“ abgeleitet wurde.

Einen aktuellen Überblick über Infektionswege und Risiken zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) geben die Veröffentlichungen der Deutschen AIDS-Hilfe, vor allem die „Infomappe für die Beratung in Aidshilfen“. Da dort detaillierte Risikoeinschätzungen zu finden sind, möchten wir hier nur auf unsere zentralen Präventionsbotschaften eingehen.

Safer Sex

- „Beim Anal- und Vaginalverkehr schützen Kondome und ausreichend fettfreies Gleitmittel vor einer HIV-Infektion und reduzieren das Risiko einer Infektion mit anderen sexuell übertragbaren Infektionen (STIs).“
- „Beim Blasen sollte kein Sperma in den Mund kommen“ („Raus bevor's kommt!“).

Schutz durch Therapie

- „Bei wirksamer antiretroviraler Therapie ist die HIV-Übertragung beim Sex nahezu ausgeschlossen²¹. Diese Schutzwirkung ist mindestens genauso hoch wie der Schutz durch Kondome²². Voraussetzung ist, dass die Viruslast des Positiven seit mindestens einem halben Jahr unter der Nachweisgrenze liegt und der Erfolg der HIV-Therapie regelmäßig ärztlich überprüft wird.“
- „Bei einer wirksamen Therapie und gleichzeitigem Kondomgebrauch nähert sich das Restrisiko gegen Null.“²³

Wir empfehlen vor der Anwendung der „Schutz durch Therapie“-Methode eine enge Abstimmung mit dem (Sex-)Partner und gegebenenfalls Rücksprache mit dem behandelnden Arzt. HIV-Positiven wird in diesem Zusammenhang empfohlen, sich regelmäßig auf andere sexuell übertragbare Infektionen untersuchen und ggf. behandeln zu lassen, denn diese, insbesondere Syphilis, können u.U. Auswirkungen auf die Viruslast haben.²⁴

HIV und STIs

Für eine verantwortliche und differenzierte Präventionsarbeit ist die Wechselwirkung zwischen HIV-Infektionen und anderen STIs grundsätzlich bedeutsam. Eine STI kann das Risiko einer HIV-Infektion erhöhen – umgekehrt kann eine HIV-Infektion eine zusätzliche STI begünstigen. Für HIV-positive Menschen kann eine zusätzliche Infektion mit einer STI schwerwiegender, langwieriger und schwerer zu behandeln sein.

¹⁹ Vernazza, Pietro et al.: EKAF-Statement, Schweizerische Ärztezeitung (2008) 89: 165-169.

²⁰ Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: HIVreport 5/2011. Berlin 2011.

²¹ Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: Beratung aktuell, Ausgabe 3/2013. Berlin 2013.

²² Sowohl die konsequente Kondomanwendung als auch eine wirksame HIV-Therapie bieten keinen 100%igen Schutz vor einer HIV-Infektion. Beide Methoden haben Studien zufolge aber eine ähnlich hohe Schutzwirkung im Bereich von 95-96% und werden von der Deutschen AIDS-Hilfe gleichermaßen als Safer Sex (annähernd sicherer Sex) bewertet.

²³ Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: HIV-Therapie und Prävention. Positionspapier. Berlin 2009.

²⁴ Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: HIVreport 5/2012. Berlin 2012.

Ergänzung 3.1 – 1.6 Präventionsbotschaften

von der Landeskonzferenz am 11.10.2015 in Hildesheim

Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP)

- „PrEP bedeutet Prä-Expositions-Prophylaxe. Dabei nehmen HIV-Negative vorbeugend HIV-Medikamente zum Schutz vor einer HIV-Infektion ein.
- Die PrEP ist in Deutschland nicht zugelassen und offiziell nicht erhältlich. Sie ist Gegenstand intensiver, internationaler Forschung. Von Selbstversuchen mit der PrEP ohne ärztliche Beratung raten wir dringend ab.
- Die DAH befürwortet die Einführung der PrEP als Schutzstrategie für eine noch nicht näher definierte kleine Gruppe schwuler Männer mit besonders hohem HIV-Infektionsrisiko und macht dies u.a. von gesicherten Zugangswegen sowie ärztlicher Beratung und Begleitung abhängig.²⁵“

Post-Expositions-Prophylaxe (PEP)

„Nach einem hohen HIV-Infektionsrisiko kann eine PEP eine HIV-Infektion verhindern. Eine PEP bedeutet die Einnahme von HIV-Medikamenten über 4 Wochen und kann von einem HIV-Schwerpunktarzt oder in einer Klinikambulanz verschrieben werden.

Eine PEP wird empfohlen²⁶

- nach ungeschütztem Anal- oder Vaginalverkehr mit einer bekannt HIV-positiven Person mit hoher oder ungeklärter Viruslast

Eine PEP kann angeboten werden

- nach ungeschütztem Analverkehr zwischen zwei Männern mit unbekanntem HIV-Status
- nach ungeschütztem Anal- oder Vaginalverkehr mit einer aktiv intravenös Drogen konsumierenden Partnerin oder einer Partnerin aus einer HIV-Hochprävalenzregion
- nach ungeschütztem Vaginal- oder Analverkehr mit einer Person, deren Viruslast oberhalb der Nachweisgrenze liegt

Eine PEP muss schnellstmöglich, am besten innerhalb von 24 Stunden, spätestens aber nach 48 Stunden begonnen werden. Eine Liste mit Kliniken, die die PEP anbieten, gibt es unter www.hivreport.de. “

Ergänzung Ende.

²⁵ **Deutsche AIDS-Hilfe:** HIV-Medikamente zur Vorbeugung verfügbar machen. Pressemitteilung v. 25.02.2015.

²⁶ vgl. Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-PEP, 2013.

Testempfehlungen

- „Männer mit wechselnden Sexpartnern sollten sich einmal im Jahr auf HIV bzw. STIs untersuchen lassen bzw. halbjährlich, wenn sie mehr als zehn Sexpartner haben.“

Impfempfehlung

- „Schwule und andere MSM sollten sich gegen Hepatitis A + B impfen lassen.“²⁷

3.1 – 1.7 Zielgruppen

Schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), bilden keine homogene Gruppe – ihre einzige Gemeinsamkeit ist das mann-männliche Begehren. Ihre Vielfalt zeigt sich in einer großen Bandbreite unterschiedlicher sexuellen Orientierungen und Identitäten sowie mit Blick auf ihre ganz unterschiedlichen Lebensrealitäten und Lebensweisen.

Sexuelle Orientierungen und Identitäten:

- schwul
- bisexuell
- MSM mit heterosexueller Identität
- trans*²⁸
- queer²⁹

Lebenswelten:

- Alter
- soziale Herkunft, Bildungsweg, Einkommensverhältnisse
- familiäres und soziales Umfeld
- andere existenzielle Bedingungen (z.B. Sexarbeit, Haft)
- urbaner oder ländlicher Lebensraum mit mehr oder weniger vorhandenen schwulen oder LGBT*QI-Infrastrukturen
- kultureller/sprachlicher Hintergrund (z.B. Migrationshintergrund)
- HIV-Serostatus (negativ, positiv, ungetestet)
- individuelle Erfahrungen bzw. Umgang mit Krankheiten (z.B. HIV, Depression, Sucht) oder Beeinträchtigungen (z.B. Substitution)
- individuelle Erfahrungen mit Diskriminierung, Stigmatisierung, Ausgrenzung, (sexueller) Gewalt

²⁷ **Die Krankenkasse übernimmt dafür die Kosten**, wenn die Impf-Indikation in der jeweils aktuellen Schutzimpfungsrichtlinie enthalten ist. Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss veröffentlicht und ist zu finden unter www.g-ba.de.

²⁸ **Trans*Personen** definieren ihre Geschlechtszugehörigkeit abweichend von dem Geschlecht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde.

²⁹ **Queere Personen** sind kritisch gegenüber bzw. leben abweichend von heteronormativen Geschlechtsidentitäten.

Lebensweisen:

- ledig, verpartnert oder verheiratet
- Singlehaushalt oder gemeinsamer Haushalt als Paar, WG oder Eltern/Familie
- Single, Partnerschaft oder Wunsch nach Partnerschaft (monogam, offen, polygam o.a.)
- geoutete oder ungeoutete sexuelle Orientierung/Partnerschaft/HIV-Infektion
- starke oder geringe Nutzung von bzw. Einbindung in Infrastrukturen im schwulen oder LGBT*QI-Bereich
- bevorzugte Orte der (sexuellen) Kontaktaufnahme (z.B. Internet, sexuelle Orte)
- evt. Konsum von Rausch-, Potenz- oder Beruhigungsmitteln
- sexuelle Vorlieben (z.B. Anonymität, Fetisch, BDSM, Gruppensex, bestimmte Sexpraktiken)

So unterschiedlich sich Schwule und andere MSM in den drei Kategorien oben verorten lassen, so verschiedene Anknüpfungspunkte ergeben sich daraus, um sie gezielt mit Präventionsinhalten, Netzwerkarbeit und infrastrukturellen Angeboten zu erreichen.

Wenn es nicht möglich ist, für jede wesentliche Subgruppe eigene Angebote vorzuhalten, soll sich die Bandbreite an Medien und Angeboten möglichst an alle Schwulen und anderen MSM richten.

Aidshilfen passen die Gewichtung der Zielgruppen in der Prävention den jeweils aktuellen Erkenntnissen über HIV-Epidemiologie, Infektionswege sowie Schutz-, Test- und Behandlungsmöglichkeiten an. Beachtet werden nach Möglichkeit auch Unterschiede bzw. Veränderungen der HIV-Prävalenz bei Schwulen und anderen MSM verschiedener Altersgruppen, unterschiedlicher sozialer Herkunft oder mit unterschiedlichen sexuellen Vorlieben. Aktuelle Erkenntnisse über das relevante Infektionsgeschehen in Bezug auf andere STI werden ebenfalls in die Präventionsstrategien einbezogen.

3.1 – 1.8 Orte der Prävention

3.1 – 1.8.1 Übersicht der Orte

Zielgruppenspezifische Prävention ist an Orten möglich, an denen die Zielgruppe persönlich oder indirekt erreicht werden kann. Gelangen Präventionsbotschaften über Printmedien (Zeitungen, Flyer, Plakate) oder übers Internet (Homepage, Profile) ohne persönlichen Kontakt zur Zielgruppe, dann wird sie indirekt erreicht.

Es gibt noch weitere Möglichkeiten, die Orte zu unterscheiden:

- virtuelle oder analoge Orte (Internet oder z.B. das Café)
- Orte mit Komm- oder Gehstruktur (z.B. Aidshilfe oder Autobahnparkplatz)
- Szenespezifische Orte oder öffentliche Orte (z.B. schwule Bar oder Straßenfest)
- Kommerzielle Orte oder Selbsthilfestrukturen (z.B. schwules Café oder Coming-Out-Gruppe)
- Orte der sexuellen Begegnung oder der Geselligkeit (z.B. Sauna oder Stammtisch)

Nicht jeder Ort, an dem persönliche oder virtuelle Kontakte mit und unter Schwulen und anderen MSM stattfinden oder möglich sind, ist gleich gut für Prävention geeignet. Jeder Ort hat eigene Regeln und die dort verkehrenden Menschen reagieren unterschiedlich auf Interventionen. Daher sind ortsspezifische Präventionsaktionen, die das jeweilige Setting und das dort gewünschte Maß an Anonymität berücksichtigen, notwendig.

Das Internet ist mittlerweile der Ort, an dem der Großteil der Kontaktaufnahmen unter Schwulen und anderen MSM stattfindet (siehe Kapitel „**3.1 – 1.8.3 Prävention im Internet**“). Insbesondere das schwule Datingportal Gayromeo ist in Deutschland führend. Allein in Niedersachsen gibt es ca. 25.200 User (Stand: August 2012). Auch Facebook spielt mittlerweile eine wichtige Rolle bei der Kontaktaufnahme.

Ein besonders sensibler Bereich für Prävention sind die Orte der sexuellen Kontakt-suche (siehe Kapitel „**3.1 – 1.8.2 Orte der sexuellen Begegnung**“). Diese Orte können unterteilt werden in „outdoor“ (Parks, Badeseen, Parkplätze etc.) oder „indoor“ (Klappen, Saunen, Kinos etc.) oder öffentlich (Schwimmbäder, Saunen, Parks, Badeseen etc.) oder MSM-spezifisch (schwule Sauna, Sex-Kino, Darkroom etc.).

Kommerzielle Szene-Lokale ohne sexuelles Angebot (Kneipen, Bars, Diskotheken, Cafés etc.) haben heute in den meisten Städten eine geringere Bedeutung. Großveranstaltungen wie Christopher Street Days, Kulturtage oder Events werden gut frequentiert.

Treffpunkte verschiedener Gruppen (wie Freizeit- und Kulturgruppen, Coming-Out-Gruppen, Selbsthilfegruppen) sind auch Orte der Prävention. Insbesondere die Räume der Aidhilfen und der LGBT*QI-Zentren (in Oldenburg, Hannover, Braunschweig) sollen vielen Gruppen einen Raum geben.

Weite Teile Niedersachsens sind eher kleinstädtisch bzw. ländlich geprägt. Eine schwule Infrastruktur gibt es hier kaum. Insbesondere Outdoor-Cruising-Gebiete (Badeseen, Parkplätze etc.), Stammtische in Kneipen oder Restaurants und das Internet eignen sich hier als Ort der Prävention.

Bedingt durch die verschiedenen Lebenswelten und –weisen von MSM nutzt die Prävention die angeführten Zielorte nicht alternativ, sondern parallel.

Sinnvoll ist auch eine Vernetzung mit Präventionskräften über niedersächsische und deutsche Grenzen hinaus (als Beispiel seien die Niederlande genannt), weil sich die Zielgruppen auch über Niedersachsen hinaus orientieren.

3.1 – 1.8.2 Prävention an Orten der sexuellen Begegnung

Unter Orten der sexuellen Begegnung verstehen wir öffentliche Orte, an denen sich schwule und andere Männer, die Sex mit Männern haben, treffen, um dort sexuelle Kontakte zu suchen.

Charakteristisch für diese Orte ist, dass sie unter anderem von Männern aufgesucht werden, die - aus welchen Gründen auch immer - die „klassische“ schwule Szene wie Beratungsstellen, Bars, Cafés, Partys oder besondere Events (wie CSDs etc.) meiden. Daher bieten Orte der sexuellen Begegnung die Chance, auch diese Männer zu erreichen.

Folgende Standards gelten bei der Prävention an Orten der sexuellen Begegnung:

- Hier wird die Prävention von Männern durchgeführt.
- Der Präventionist steht dem Ort und dem dort stattfindenden Geschehen akzeptierend gegenüber.
- Er tritt offen und sensibel auf und beachtet die unausgesprochenen Spielregeln dieser Orte. Dazu gehört insbesondere, dass er das Recht der Männer auf sexuelle Kontakte nicht stört.
- Während der Prävention sucht er keine eigenen sexuellen Begegnungen.
- Die Präventionist achtet auf seine eigene Sicherheit.

Neben den allgemein gültigen Präventionsbotschaften (siehe **3.1 – 1.6**) sollen die Männer mit folgenden Botschaften erreicht werden:

- „Achte auf Deine Sicherheit“
- „Nimm Rücksicht auf Menschen, die hier keinen Sex suchen“
- „Hinterlasse den Ort sauber und nimm Deinen Müll mit“

3.1 – 1.8.3 Prävention im Internet

3.1 – 1.8.3.1 Zielgruppen

Verschiedene Studien zeigen, dass über das Internet Schwule und andere MSM erreicht werden, die über klassische Prävention nicht erreicht werden können^{30 31}

Insbesondere zu Personen, die aus ländlichen Gebieten kommen oder die keine schwulen Szene-Lokalitäten besuchen, ist es leichter Zugang zu bekommen. Wer keine Infrastruktur zur Verfügung hat bzw. sie nicht nutzen will, braucht das Internet, um an Informationen zu gelangen. So belegen die Studien, dass ein großer Anteil von Männern aus Klein- und mittleren Städten besser über das Internet erreicht werden, und das wird auch von Personen aus Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern angenommen.

Auch junge schwule Männer sind nicht unbedingt in der Offline-Szene erreichbar. So zeigt sich, dass jüngere Männer, die noch bei ihren Eltern leben oder noch keinen Kontakt zur „schwulen Szene“ haben, besser über das Internet erreicht werden. Die Zahl derer, die ihr Coming-Out im oder durch das Internet hat, steigt kontinuierlich.

Bei den Online-Befragungen stellte sich heraus, dass der Anteil „szeneferner“ MSM und solcher aus bildungsferneren Schichten höher war als bei Offline-Befragten. Bei Menschen mit Migrationshintergrund ist das Internet mittlerweile auch die erste Informationsquelle. Die vermeintliche Anonymität des Internets scheint dafür zu sorgen, dass es keine Schwellenängste gibt.

3.1 – 1.8.3.2 Präventionsbotschaften

Grundsätzlich gelten im Internet die gleichen Präventionsbotschaften wie in der realen Welt auch. Es gibt einige zusätzliche Themenbereiche, die im Zusammenhang mit dem Internet stehen und angesprochen werden sollten:

Safer Surfen

Es sollte thematisiert werden, dass alle Daten (Emailadressen, Telefonnummern, sexuelle Vorlieben, Bilder etc.) im Internet nicht verloren gehen und gegen den Willen des Nutzers verwendet werden könnten. Sensible Daten sollten dementsprechend nicht auf Profilen veröffentlicht oder leichtfertig unbekanntem Chatpartnern geschickt werden.

³⁰ **Michael Bochow et al.:** Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten 2010. In: AIDS-Forum DAH, Bd. 60, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2011.

³¹ **Axel Schmidt et al.:** Abschlussbericht zur KAB|a|STI-Studie: Wissen, Einstellung und Verhalten bezüglich sexuell übertragbaren Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Robert-Koch-Institut, Berlin 2007.

Safer Daten

Das Verabreden zu einem Date im Internet vollzieht sich normalerweise ohne Zeugen. Daraus folgt, dass man bei einem ersten Date einige Sicherheits-vorkehrungen treffen sollte. So könnte das erste Date an einem neutralen Ort stattfinden oder man informiert eine Person seines Vertrauens im Vorfeld. Wertsachen sollten weggeschlossen werden bzw. nicht mitgenommen werden.

Sicherer Umgang mit den neuen Medien

Viele, nicht nur ältere, schwule Männer und andere MSM fühlen sich im Internet unsicher. Die Vermittlung von Medienkompetenz und Kommunikationsfähigkeiten kann daher ein wichtiges Thema für die Prävention sein.

3.1 – 1.8.3.3 Präventionsstandards

Viele Erfahrungen aus der Vor-Ort-Arbeit können auf die Prävention im Internet übertragen werden. Dazu gehört auf der einen Seite, dass man seine Zielgruppen kennt, auf der anderen Seite, dass die Prävention nicht nur auf den virtuellen Raum beschränkt bleibt, sondern die Wege der Nutzer mitgeht. Die Prävention im Internet ist eine Ergänzung zur bisherigen Arbeit und kein Ersatz. Daraus folgt, dass sie zusätzliche Ressourcen braucht.

Darüber hinaus hat das Internet eigene Regeln und setzt bestimmte mediengerechte Kompetenzen voraus. Daher braucht die Prävention im Internet eigene Qualitätsstandards. Grundsätzlich gilt, dass alles, was man in der Präventionsarbeit in der Szene nicht tun würde, auch im Internet tabu ist.

Generell sollte gelten, dass Online-Präventionisten

- mit dem Internet vertraut sind und die Medien, die sie nutzen, und deren Regeln und Grenzen kennen. Dazu gehört auch das Bewusstsein, dass es trotz scheinbar „grenzenlosem Internet“ in verschiedenen Ländern unterschiedliche rechtliche Regeln gibt.
- die Sprache und die Gepflogenheiten der Nutzer (u.a. die so genannte „Netikette“, Flirtkultur, Humorfaktor, Sprach-Codes) kennen.
- die Grenze zur Beratung beachten und in der Lage sind weiterzuverweisen (z.B. auf www.aidshilfe-beratung.de)
- als solche erkennbar sind (d.h. nicht anonym online sind) und ihre privaten Internetprofile bzw. E-Mailadressen nicht für die Präventionsarbeit nutzen.
- akzeptieren, dass die Internetnutzer ein Recht auf Anonymität haben und selbst entscheiden, ob, wann und wie sie diese aufheben.
- Vertraulichkeit zusichern und mit Daten und Informationen verantwortungsvoll umgehen.

3.1 – 1.8.3.4 Externe Internetangebote

Da der Personenkreis, der mit den eigenen Internetangeboten über Internet) erreicht werden kann, begrenzt ist, ist es wichtig, auch im Internet dorthin zu gehen, wo sich die Zielgruppen treffen. Dieses Kapitel konzentriert sich auf die für die Prävention wichtigsten bzw. sinnvollsten Angebote:

Dating-Plattformen / Kontaktportale (Beispiele: Gayromeo, Gay Royal)

Wie in einer Kneipe, muss man sich auch auf einem fremden Portal an die „Hausordnung“ (AGB, Teilnahmebedingung etc.) halten, d.h. ohne Zustimmung des Betreibers ist in der Regel keine Aktivität möglich.

Gayromeo ist die größte schwule Plattform in Deutschland und kann als Hybrid aus Kontaktportal und Social Community bezeichnet werden.³² Ein Profil ist hier nur für Privatpersonen möglich. Aidshilfen haben die Möglichkeit, über eine Kooperation mit der Deutschen AIDS-Hilfe sich ein so genanntes Health-Support-Profil anzulegen, um bei Gayromeo als Präventionist sichtbar und ansprechbar zu sein. Die Teilnahme an der Kooperation wird über einen Vertrag geregelt und ist an Bedingungen geknüpft.

Unabhängig von dieser Kooperation können Präventionsorganisationen ausschließlich mit einem Club oder einem Guide-Profil (Mini-Homepage) online sein. Das aktive Anschreiben von Usern ist nicht erwünscht und wird von vielen als Störung empfunden. Die Plattformen sind insbesondere dafür geeignet, Präsenz zu zeigen, auf sich und die Angebote aufmerksam zu machen und als Ansprechperson zur Verfügung zu stehen.

Social Communitys (Beispiele: Facebook, Xing, Google+)

Facebook ist weltweit die größte Social Community und mittlerweile nutzen viele schwule Männer und andere MSM diese Seite für die Kontaktpflege und Vernetzung. Als Präventionsorganisation besteht hier die Möglichkeit, eine Gruppe oder eine Fanseite einzurichten. Man kann User einladen oder sie werden von sich aus Mitglied. Als Mitglied können sie alle Nachrichten, die „gepostet“ (veröffentlicht) werden, lesen, teilen oder bewerten („I like“-Button). Insbesondere für die Verbreitung von Informationen ist Facebook geeignet. Der Erfolg einer Gruppe bemisst sich an der Anzahl der Mitglieder („Freunde“), die abhängig ist von der Qualität und Häufigkeit der geposteten Nachrichten.

Chatsysteme (Beispiele: gaychat, gaydar, IRC, Yahoo, MSN)

Chatsysteme gibt es sowohl als Raum für Einzelgespräche („one-to-one“) als auch für Gruppenchats. Es können eigene Chats zu Präventionsthemen aktiviert werden und es gibt Systeme, die auf der eigenen Internetpräsenz integriert werden können. Betritt man andere Chaträume sollte dem Prinzip der passiven Aktivität (behutsame Kontaktaufnahme) Folge geleistet werden, d.h. nicht „mit der Tür ins Haus fallen“, sondern sich ansprechen lassen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass unabhängig davon, in welchem Medium Prävention stattfinden soll, einige Grundregeln gelten:

- keine moralisierenden Botschaften
- die Anonymität der Nutzer muss gewahrt bleiben
- keine aggressive Aufklärung
- keine verdeckte Aufklärung (als „Trojaner“), d.h. ein Präventionist ist immer erkennbar

³² **Nele Heise:** Die „blauen Seiten“ als Beförderer raum- und identitätsbezogener Demarginalisierung. Eine explorative Analyse des Online-Portals GayRomeo. Hans-Bredow-Institut. Vortrag im Rahmen der DGPuK-Jahrestagung „Media Polis“ am 17. Mai 2012 an der Freien Universität Berlin.

3.1 – 1.8.3.5 Qualitätssicherung

Prävention im Internet ist wichtiger Arbeitsbereich, der nicht „nebenbei“ erledigt werden kann und eigene Ressourcen braucht. Die Qualität der Arbeit kann über zwei Säulen sichergestellt werden:

1. Fortbildungen

Sowohl den haupt- als auch den ehrenamtlichen Mitarbeitenden muss die entsprechende Medienkompetenz vermittelt werden. Dafür sind Schulungen notwendig, bevor sie Maßnahmen zur Prävention im Internet durchführen.

2. Kooperationen

Viele Maßnahmen im Bereich der Internetprävention sind von der Zeit und dem Aufwand sehr umfangreich, daher sind Kooperationen bzw. Gemeinschaftsangebote sinnvoll. So gibt es bereits bundesweite Angebote (Emailberatung, Health Support bei Gayromeo), die sehr erfolgreich sind.

3.1 – 1.9 Anforderungen an ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter_innen in der HIV-Prävention für Schwule und andere MSM

Die Aufgaben der Präventionsarbeit im Bereich für Schwule und andere MSM stellen viele persönliche und fachliche Anforderungen an ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter_innen.

Unerlässliche Basisqualifikationen

- Integrität, Verschwiegenheit, Gewährleistung eines anonymen Angebotes
- eine positiv-akzeptierende Grundhaltung hinsichtlich der verschiedenen Lebensweisen sowie Lebenswelten von Schwulen und anderen MSM und insbesondere gegenüber Menschen mit HIV/Aids
- Toleranz und Offenheit gegenüber anderen - auch persönlich abgelehnten - Lebensstilen
- Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und anderen Formen von Sexualität
- Möglichst eine persönliche Verankerung in der Szene

Weitere entscheidende Zusatzqualifikationen:

- Kontaktfreudigkeit, Einfühlungsvermögen
- Verantwortungsbewusstsein, Verantwortungsbereitschaft
- Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit
- Spontaneität, Flexibilität
- Konfliktfähigkeit
- Durchsetzungsvermögen
- Bereitschaft zur Motivationsklärung
- Fähigkeit zum Selbstschutz

Fachliche Anforderungen

Neben den oben genannten persönlichen Anforderungen ist es unerlässlich, dass Mitarbeiter_innen in der HIV-Prävention für Schwule und andere MSM

- Kenntnisse über die Ziele der Aidshilfe bzw. der Trägerorganisation besitzen
- Kenntnisse über das Konzept der strukturellen Prävention der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. haben (vgl. AIDS-Forum DAH, Band 57)
- an andere Mitarbeiter_innen oder Angebote anderer örtlicher Institutionen verweisen können (Verweisungskompetenz mit Szene-Kenntnissen).

Darüber hinaus ist das Vorhandensein oder die Aneignung weiterer fachlicher Kompetenzen empfohlen:

- Medizinisches Wissen zu HIV/Aids (z.B. Behandlungsmöglichkeiten, allgemeine medizinische Entwicklungen)
- Sexualpädagogische Kenntnisse (z. B. Methodenkompetenz, (Er-)Kennen der Möglichkeiten und Grenzen der Methoden)
- Methoden der Sozialarbeit (Gesprächsführung und psychosoziale Beratung)
- Sozialrechtliche Grundkenntnisse im Zusammenhang mit HIV/Aids

Formale Anforderungen

Die formale Qualifikation hauptamtlicher Mitarbeiter_innen ist nur ein Faktor neben vielen, der über die Eignung zur Präventionsarbeit in diesem Bereich entscheidet. Jedoch ist die formale Qualifikation entscheidend für die Zuweisung von Landesmitteln. Neben den oben genannten persönlichen und fachlichen Qualifikationen sollte ein/e hauptamtliche/r Mitarbeiter/in mindestens aber folgenden Hintergrund besitzen:

- Fähigkeit zur Entwicklung, Durchführung und Nachbereitung primärpräventiver Maßnahmen
- Teamfähigkeit
- Fähigkeit zur Anleitung ehrenamtlicher Mitarbeiter_innen
- Fähigkeit und Bereitschaft zur Reflexion (z.B. im Rahmen von Teamgesprächen, kollegialer Beratung oder Supervision)
- Bereitschaft zu kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung
- Kenntnisse von Internet- und Office-Anwendungen

3.1 – 1.10 Qualitätssicherung

3.1 – 1.10.1 Partizipative Qualitätssicherung bei Planung und Durchführung von Maßnahmen

Zur Qualitätssicherung in der Prävention für Schwule und andere MSM ist es sinnvoll, den Erfolg der Maßnahmen regelmäßig zu kontrollieren. Für die Optimierung vorhandener Maßnahmen bzw. die Entwicklung neuer Maßnahmen sind verschiedene Instrumente der Qualitätssicherung geeignet, u.a. die Evaluation. Evaluation beinhaltet die Bewertung von Wirkung und Erfolg einer durchgeführten Maßnahme. Unter „Maßnahme“ verstehen wir konkrete Präventionsaktivitäten, z.B. eine Veranstaltung, ein Projekt oder eine bestimmte Party-Aktion.

Für die Erfassung und Darstellung der Wirkung und des Erfolgs primärpräventiver Maßnahmen spielen zwei Fragen eine wichtige Rolle³³:

1. Hat eine Maßnahme die erwünschte Wirkung erbracht?
2. Wie ist die Wirkung der Maßnahme zu erklären?

Voraussetzung einer Evaluation ist eine genaue Planung und Zielbeschreibung der jeweiligen Maßnahme, um die erwünschte mit der anschließend erfassten Wirkung vergleichen zu können.

Die jeweilige Zielgruppe sollte in die Planung und Erfolgskontrolle einbezogen werden. Dadurch können wir berücksichtigen bzw. feststellen, was bei der Zielgruppe ankommt. Diese so genannte „partizipative“ Qualitätssicherung bietet vor allem diese Vorteile:

- Maßnahmen (z.B. Botschaften, Methoden) können besser auf die Situation und Bedürfnisse der Zielgruppe ausgerichtet werden, was die Aussicht auf eine positive Wirkung und Resonanz verstärkt.
- Der beste Indikator für die Wirkung einer Maßnahme sind die unmittelbaren Reaktionen oder Rückmeldungen der Zielgruppe.
- Eine möglichst häufige Partizipation unserer Zielgruppen stärkt deren Emanzipationsmöglichkeiten und steigert die Akzeptanz unserer Präventionsarbeit sowie das positive Image des Präventionsnetzwerks SVeN.

Die partizipative Qualitätssicherung erfolgt in zwei Schritten:

Vor der Maßnahme: Planung

- Einbindung der Zielgruppe in die Planung der Maßnahme (z.B. durch Blitzbefragung³⁴, Pre-Test³⁵ oder eine angeleitete Arbeitsgruppe)
- Zielbeschreibung nach den SMART-Kriterien (Spezifisch, Messbar, Angemessen, Realistisch, Terminierbar)

³³ **Corinna Gekeler et al.:** Sachbericht zum Seminar „Wie wissen wir, was bei der Zielgruppe ankommt?“ – Qualitätssicherung und Evaluation in der Primärprävention von Aidshilfen: Entwicklung eines interaktiven Handbuchs – Teil 5, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Deutsche AIDS-Hilfe, 2007

³⁴ **Fragebogenaktion** mit max. 5-8 Fragen, um z.B. Bedürfnisse oder Feedback der Zielgruppe zu erheben.

³⁵ **Vorab-Test** z.B. eines Flyers oder einer Präventionsmethode in der Zielgruppe

Einen besonderen Stellenwert haben ehrenamtliche Präventionisten, die sich an der Planung einer Maßnahme beteiligen und selber zur jeweiligen Zielgruppe³⁶ gehören. Sie können wertvolle Hinweise und Erfahrungen einbringen und tragen damit zur partizipativen Qualitätssicherung bei.

Nach der Maßnahme: Erfolgskontrolle

Eine Erfolgskontrolle ist möglich, wenn es im Vorfeld eine realistische Zielbeschreibung gab und ausreichend Daten zum Auswerten gesammelt werden. Die Überprüfung kann anhand quantitativer und qualitativer Kriterien erfolgen.

Quantitative Erfolgsindikatoren (Beispiele)

- Anzahl der Kontakte, Gespräche, Teilnehmer, Besucher etc.
- Aufenthaltsdauer
- Anzahl der Webseitenbesucher, „Likes“, Postings etc.
- Mitnahme von Material durch die Zielgruppe

Qualitative Erfolgsindikatoren (Beispiele)

- Die Nutzer haben mehr Wissen als vorher
- Gesprächsbereitschaft der Teilnehmer/Besucher
- Weiterführende Fragestellungen von Teilnehmern/Besuchern

Datenerhebung

Es gibt mehrere Möglichkeiten in der Prävention, Daten für die Auswertung zu erheben³⁷:

- Beobachtung (z.B. teilnehmende oder verdeckte Beobachtung)
- Befragung (z.B. Blitzbefragung, Fragebögen)
- Dokumentation (z.B. Dokumentationsbögen)

3.1 – 1.10.2 Generelle Instrumente zur Qualitätssicherung

- Aus- und Weiterbildung der ehren- und hauptamtlichen Mitarbeitenden (siehe Kapitel 3.1 – 1.9)
- Ausrichtung der inhaltlichen und strategischen Arbeit auf die Ziele und Qualitätskriterien im Bereich Prävention für Schwule und andere MSM
- Gemeinsame Planung und Auswertung von SVE-N-Kampagnen im Präventionsrat
- Kollegialer Erfahrungsaustausch
- Kenntnisnahme und Berücksichtigung relevanter wissenschaftlicher Studien (u.a. von der Deutschen AIDS-Hilfe, vom Robert-Koch-Institut)

Wertvolle Hinweise und weiterführende Informationen zur Qualitätssicherung finden sich auf www.qualitaet.aidshilfe.de

³⁶ **z.B. Stammgäste** einer bestimmten Location oder Party, wo eine Aktion stattfinden soll

³⁷ **Corinna Gekeler et al.:** Sachbericht zum Seminar „Wie wissen wir, was bei der Zielgruppe ankommt?“ – Qualitätssicherung und Evaluation in der Primärprävention von Aidshilfen: Entwicklung eines interaktiven Handbuchs – Teil 5, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Deutsche AIDS-Hilfe, 2007

3.1 – 1.11 Fachbereich MSM

Die Niedersächsischen Aidshilfen haben den Fachbereich MSM zum 01.01.2012 eingerichtet. Sowohl Mitgliedsorganisationen als auch externe Gruppen und Organisationen sind eingeladen, im Fachbereich mitzuarbeiten. Voraussetzung für die Mitarbeit im Fachbereich ist die Unterzeichnung der Charta zur Prävention für Schwule und andere MSM (Selbstverpflichtungserklärung), in der unter anderem die vorliegenden Standards als verbindlich für die gemeinsame Präventionsarbeit erklärt werden. Alle Akteure der Prävention in Niedersachsen führen ihre Präventionsmaßnahmen gemeinsam unter einem Label durch. Mit dem neuen Fachbereich wird eine neue, überregionale Form der Prävention geschaffen, die zu Synergien führt.

Die Aufgaben des Fachbereichs sind

- die inhaltlich autonome Ausgestaltung der Prävention für Schwule und andere MSM.
- die Entwicklung und Ausgestaltung sowohl der Strategie zur landesweiten und überörtlichen Prävention als auch einzelner Elemente der Kampagnen unter dem gemeinsamen Label. Die Elemente sollen örtlich umgesetzt und können regional ergänzt werden.

Entscheidungsgremium des Fachbereichs ist der „Präventionsrat“. Mitglieder des Präventionsrates sind jeweils eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Organisationen und Gruppen, die die Charta unterschrieben haben, sechs von der NAH eingestellte geringfügig Beschäftigte, ein Internetkoordinator und ein Landeskoordinator. Alle Mitglieder sind gleichberechtigt. Inhaltliche Entscheidungen des Präventionsrats sind für die teilnehmenden Organisationen verbindlich. Der Präventionsrat soll nach dem Konsensprinzip arbeiten.

Der von der NAH eingestellte Landeskoordinator organisiert den Prozess, ist Impulsgeber und ist beauftragt, gegenüber den Unterzeichnern der Charta, den Gremien der NAH und innerhalb des Fachbereichs Transparenz und Information sicherzustellen. Er erledigt seine Aufgaben im Rahmen der Beschlüsse eigenverantwortlich. Der Landeskoordinator stimmt die Verwendung der Sachmittel im Teilhaushalt Fachbereich MSM des Landesverbandes mit dem Präventionsrat und der Landesgeschäftsführung ab. Die Landesgeschäftsführung ist gegenüber dem Landeskoordinator in allen finanziellen Fragen weisungsberechtigt.

Die NAH richtet Koordinatorenstellen (so genannte SVeN-Koordinatoren) ein. Dies sind in der Regel geringfügige Beschäftigungsverhältnisse. Der regionale Einsatz eines Koordinators kann beim Landesverband von allen Organisationen, die die Charta unterschrieben haben, beantragt werden. Die Verteilung der Koordinatorenstellen erfolgt einmal jährlich durch die Mitgliederversammlung (Landeskonferenz) auf Vorschlag des Landeskoordinators und des Vorstandes. Die Anbindung vor Ort ist individuell zu vereinbaren.

Die NAH stellt die Koordinatoren ein. Die Personalhoheit sowohl auf Landesebene als auch auf lokaler Ebene liegt jeweils beim Arbeitgeber. Personalhoheit umfasst u.a. Einstellung, Entlassung, Bezahlung, Urlaub, Krankheit etc.

Der Fachbereich berichtet jährlich der Landeskonferenz über den Stand der Arbeit. Als höchstes Organ kann die Landeskonferenz den Rahmen festlegen, in dem die Prävention sich bewegt.

Qualitätsfaktoren im Fachbereich MSM

Die Qualität der gemeinsamen Präventionsarbeit wird durch verschiedene Instrumente sichergestellt:

- Vernetzung und fachlicher Austausch durch die regelmäßige Teilnahme an Präventionsratsitzungen.
- Gemeinsame Konzeptentwicklung für Präventionsstrategien und –aktionen aller Präventionsakteure in Niedersachsen.
- Ermittlung von Schulungsbedarf und Konzeptionierung von passgenauen Fortbildungsveranstaltungen unter dem Titel „Präventionsakademie“.
- Mitwirkung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern bei der Kampagnenplanung.

Literatur

Bochow, Michael; Lenuweit, Stefanie; Sekuler, Todd; Schmidt, Axel J.: Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten 2010. In: AIDS-Forum DAH, Bd. 60, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2011.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: HIV-Medikamente zur Vorbeugung verfügbar machen. Pressemitteilung v. 25.02.2015.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: HIV-Therapie und Prävention. Positionspapier. Berlin 2009.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: HIV und Strafrecht. Auf dem Weg zu einem Positionspapier der Deutschen AIDS-Hilfe. Berlin 2012.

Drewes, Jochen; Gusy, Burkhard; Kraschl, Christoph; Kleiber, Dieter: Strukturelle Prävention – eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010.

EMIS: Europäische Internet-Befragung schwuler und bisexueller Männer, Community Report 2, www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/emiscommunity2_german.pdf. 2011.

Etgeton, Stefan: Gesundheit für Alle? Prävention und ihre Grenzen. In: Stefan Alkier/Kristina Dronsch (Hg.): HIV/Aids – Ethische Perspektiven, 2009.

Gekeler, Corinna et al.: Sachbericht zum Seminar „Wie wissen wir, was bei der Zielgruppe ankommt?“ – Qualitätssicherung und Evaluation in der Primärprävention von Aidshilfen: Entwicklung eines interaktiven Handbuchs – Teil 5, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin 2007.

Heise, Nele: Die „blauen Seiten“ als Beförderer raum- und identitätsbezogener Demarginalisierung. Eine explorative Analyse des Online-Portals GayRomeo. Hans-Bredow-Institut. Vortrag im Rahmen der DGpuK-Jahrestagung „Media Polis“ am 17. Mai 2012 an der Freien Universität Berlin.

Kraschl, Christoph; Drewes, Jochen; Kleiber, Dieter: Empowerment als Strategie in der HIV-Prävention. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010.

Kruspe, Martin: Wie geht's Euch? – Studie zur seelischen Gesundheit von schwulen und bisexuellen Männern in Deutschland, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2013.

Kuske, Matthias: Herzenslust. Kontaktportale und Internetangebote sowie HIV- und gesundheitspräventive Angebote im Internet für schwule und bisexuelle Männer. Bestandsaufnahme

und Dokumentation im Rahmen des Projektes „Virtuelle Herzenslustarbeit“. AIDS-Hilfe NRW, Köln 2005.

Lenz, Michael: Schöne Rosa Welt mit einem Schuss Übertreibung. In: Milbrett, Tobias: Ins Netz gegangen – Schwule Männer, Sex und Prävention im Internet. AIDS-Forum DAH, Bd. 53, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2009.

Robert-Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin Nr. 47, Köln 2012.

Schmidt, Axel J.; Marcus, Ulrich; Hamouda, Osamah: Abschlussbericht zur KAB|a|STI-Studie: Wissen, Einstellung und Verhalten bezüglich sexuell übertragbaren Infektionen bei Männern mit gleichgeschlechtlichem Sex. Robert-Koch-Institut, Berlin 2007.

Rosenbrock, Rolf: Kreativität und Durchhaltevermögen. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010.

Sander, Dirk: „Vulnerabilitätsfaktoren“ im Kontext von HIV. In: Jochen Drewes/Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 57, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin 2010.

Vernazza, Pietro et al.: EKAF-Statement, Schweizerische Ärztezeitung (2008) 89: 165-169.